

**CNS Paragraph Form**

Date: 12.10.2014

**Program Area**           **03**           (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **8301**  
**Version Number**       **00008**  
**Effective Date**       **2015**     (YMMMDD)  
**Title**                   **Name-DOB-SSN**  
**Comment**             **Renewal question 2 Name-DOB-SSN**  
**Reason Code**         **Z61, Z85, Z62, Z86, and Z49**

You are renewing health care coverage for the following persons. **(Make any corrections to name or date of birth below.)** If a Social Security Number (SSN) is listed as “not on file”, write it in the space below. If this person does not have a SSN leave this space blank. If the following persons are found to be not otherwise eligible for Medicaid, please check the box in the last column if they are interested in receiving coverage from the Family Planning Benefit Program (FPBP).

Name	Date of Birth	SSN (If you have one)	Still living with you?	FPBP
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_yes _no	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_yes _no	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_yes _no	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_yes _no	<input type="checkbox"/>

~S/

Usted esta renovando la cobertura de salud para las siguientes personas. **(Haga las correcciones necesarias del nombre y la fecha de nacimiento a continuacion)**. Si un numero de seguro social (SSN) se lista como “no en archivo”, escríbalo en el espacio a continuacion. Si esta persona no tiene un numero de seguro social, deje el espacio en blanco. Si las siguientes personas no reunen los requisitos de Medicaid, marque la casilla en la ultima columna si dichas personas estan interesadas en recibir cobertura del Programa de Beneficios de Planificacion Familiar (FPBP).

Nombre	Fecha de Nacimiento	SSN (Si tiene uno)	Todavia vive con usted?	FPBP
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_Si _No	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_Si _No	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_Si _No	<input type="checkbox"/>
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____	XX/XX/XX _/_/_	XXXXXXXXXXXX	_Si _No	<input type="checkbox"/>